

Frakturkedja Sjukhusen i väster

Syftet med dokumentet är att presentera vikten av att etablera en frakturkedja inom Sjukhusen i väster och hur befintlig verksamhet inom förvaltningen, som i nuläget finns på Osteoporosmottagningen i Alingsås, potentiellt skulle kunna utvecklas och/eller kompletteras för att kunna ta emot ett ökat patientflöde.

Grundläggande kring Osteoporos

Osteoporos är en sjukdom som diagnostiseras med bentäthetsmätning (DXA) i höft och ländrygg samt VFA (Vertebral Fracture Assessment). En DXA-mätning mäter benmineraldensitet vilket kan ses som ett mått på benstyrka. Osteoporos med fraktur är en av de stora folksjukdomarna i Sverige där drygt 50 % av kvinnorna och 25 % av männen drabbas av en fragilitetsfraktur under livet. Uppskattningsvis har hälften av alla 80-åriga kvinnor osteoporos och det föreligger en betydande underdiagnostik och underbehandling av sjukdomen trots den goda dokumentationen för terapi. Enligt svensk data från några år tillbaka var 14 % av kvinnorna med benskörhetsfraktur insatta på osteoporosbehandling inom 1 år efter frakturen. För att förbättra osteoporosvården har Socialstyrelsen publicerat Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, där utredning och behandling av osteoporos har hög prioritet och frakturkedja med koordinator har prio 1 (skala 1-10). Frakturkedjor är sekundärpreventiva program för frakturpatienter.

Primär osteoporos utgör majoriteten av osteoporosfallen och kan grovt indelas i två grupper, *Postmenopausal osteoporos = hormonberoende* och *Senil osteoporos = ofta nutritionsbetingad*. Den överlägset största patientgruppen inom gruppen sekundär osteoporos är osteoporos sekundärt till kortisonbehandling. Osteoporos som helhet är att betrakta som en metabol och till viss del endokrinologisk sjukdom där huvudansvaret (Osteoporosmottagningen) i nuläget ligger under Medicinkliniken på Alingsås lasarett. Dock ses de vanligaste akuta komplikationerna av sjukdomen, dvs. frakturerna, framförallt inom ortopedin och geriatriken. I RMR Osteoporos konstateras att osteoporos är en folksjukdom som huvudsakligen ska behandlas och följas upp inom primärvården. Primärvården ska självständigt kunna identifiera riskpatienter och remittera dem till bentäthetsmätning, samt kunna ordinera och ge osteoporosläkemedlen zoledronsyra och denosumab. En osteoporosmottagning utför bentäthetsmätning, ger råd om behandling samt hanterar skelettanabol behandling.

I RMR Osteoporos understryks vidare att DXA-mätning bör alltid (undertecknad poängterar dock att DXA ofta är inaktuellt för institutionaliserade sköra patienter trots kotfraktur) utföras på kotfrakturpatienter och biologiskt yngre höftfrakturpatienter eftersom mycket hög frakturrisik och svår osteoporos (framförallt vid kot- eller

höftfrakturer, multipla frakturer eller svår osteoporos) bör remitteras till osteoporosmottagning för ställningstagande till skelettanabol behandling. Skelettanabola läkemedel (teriparatid och romosozumab) ger snabbare och större effekt på bentäthet än anti-resorptiv behandling (bisfosfonater och denosumab) och är därför minst dubbelt så effektiva att förhindra osteoporosfrakturer jämfört med perorala bisfosfonater. Trots skillnaden ges dessa mediciner i nuläget bara till ca 1 % av dem som har indikation för det., till stor del pga. okunnighet inom vården. För patienter med mycket hög frakturrisik förväntas inte bisfosfonater ha någon chans att bota patientens benskörhet eftersom effekten på bentätheten relativt sett hos dessa patienter är så pass låg. Därmed kvarstår låg bentäthet som riskfaktor även efter avslutad flerårig behandling och behandlingen har varit utan tydlig patient- eller samhällsnytta.

Studier har visat att 75-åringar och äldre har lika stor skyddande effekt av läkemedelsbehandling som yngre. Absolutrisken för fraktur är mycket högre hos äldre och läkemedelsbehandling förebygger därför fler frakturer. FRAX® (Fracture Risk Assessment Tool) visar att patienter över 80 år med fraktur oftast har en 10-årsrisk för ny fraktur på över 40 %. Behandling leder till minskad frakturrisik samt färre sjukhusdagar och den hälsoekonomiska vinsten är betydande. Samtidigt konstateras att behandling av äldre med höftfraktur förbättrar överlevnaden och minskar frakturrisiken, oavsett bentäthet. Fall och frakturer är dödliga och sänker QALY (Quality-adjusted life years) markant, uppemot 50 % av patienterna blir aldrig självständiga gångare igen efter höftfraktur och ca 20 % dör inom 6 månader.

Risken för ny fraktur är kraftigt förhöjd (i snitt fyrfaldigad) det närmaste året efter en första fraktur och därför är det viktigt att utredning inklusive DXA-mätning sker skyndsamt efter fraktur så att sekundärpreventiva åtgärder inte fördröjs. I synnerhet är kotfrakturerna (tidigare kallade kotkompressioner) viktiga att upptäcka, utreda och behandla i tid. Kotfrakturerna är oftast inte relaterade till fall och förblir ofta odiagnostiserade. Uppskattningsvis 80 % av kotfrakturerna registreras inte i ortopedens frakturregister och endast en bråkdel får diagnoskod. Det är en mycket underskattad åkomma som kan vara förödande för patienten. Följande gäller för kotfrakturer:

- Ofta det som bidrar mest till sänkt livskvalitet trots multipla andra åkommor.
- Den frakturtyp som man mest effektivt kan förebygga med osteoporosläkemedel.
- Den frakturtyp som bäst predicerar framtida frakturrisik. Upp till 5x förhöjd frakturrisik för ny fraktur under det närmaste året efter första fraktur.

Osteoporosläkemedel är den mest effektiva åtgärden för att minska risken för nya frakturer. Behandling av högriskpatienter (t.ex. > 65 år med höft- eller kotfraktur) bör, enligt RMR Osteoporos, initieras före utskrivning från sjukhuset och då är denosumab oftast lämpligt till nyopererade sköra patienter. Denosumab ökar bentätheten mer och har en lindrigare biverkningsprofil jämfört med bisfosfonater. Hos de sköraste patienterna bör sannolikt infusion av bisfosfonater dröja ett par veckor för att de ska

tolerera en eventuell akutfasreaktion och då är det bra att avvakta till ett lugnt skede och samtidigt göra en helhetsbedömning av patienten och fundera på om behandling väntas gagna patienten på sikt (gäller självfallet samtliga osteoporosläkemedel).

Vid postmenopausal osteoporos minskar bisfosfonater och denosumab relativt lika den relativa risken för höftfraktur med 40 %, kotfrakturer 50 % (per oral behandling) - 70 % (intravenös behandling) och övriga frakturer 20 %¹²³. Sällsynta biverkningar som ONJ (Osteonecrosis of the jaw) har en incidens i denna patientgrupp på 0,001 till 0,01 % jämfört med < 0,001 % hos den allmänna befolkningen. Dessutom visar data från randomiserade studier med bisfosfonater på ett fördelaktigt samband mellan nytta (undvika vanlig osteoporosfraktur) och risk (orsaka atypisk femurfraktur) som är större än 1000:1.

Riktlinje vårdkedja Osteoporos

- Enligt RMR Osteoporos: En strukturerad vårdkedja för utredning och vid behov behandling av patienter med genomgången fraktur är en effektiv sekundärpreventiv och kostnadsbesparande åtgärd som ska finnas vid samtliga sjukhus i VGR som handlägger frakturer. Frakturkedjor finns år 2025 i bl.a. Göteborg och Skaraborg.
- Patienter >50 år med osteoporosfraktur bör identifieras av frakturkedjekoordinator vid sjukhusen och bedömas vid osteoporosenhet, som beställer DXA-mätning och efter undersökningen tillhandahåller en behandlingsrekommendation (oftast till primärvården), alternativt rekommenderar behandling direkt utan behov av DXA-mätning.
- Läkemedelsverket (2020) betonar på samma sätt att alla postmenopausala kvinnor samt män över 50 år som drabbas av en fraktur ska utredas för osteoporos och benspecifik läkemedelsbehandling ska alltid övervägas. Detta enligt Personcentrerat och Standardiserat Vårdförlopp (PSV Osteoporos) från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner).

¹ Black DM, Delmas PD, Eastell R, Reid IR, Boonen S, Cauley JA, et al. Once-yearly zoledronic acid for treatment of postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med. 2007;356(18):1809-22.

² Black DM, Thompson DE, Bauer DC, Ensrud K, Musliner T, Hochberg MC, et al. Fracture risk reduction with alendronate in women with osteoporosis: the Fracture Intervention Trial. FIT Research Group. J Clin Endocrinol Metab. 2000;85(11):4118-24.

³ Lorentzon M. Treating osteoporosis to prevent fractures: current concepts and future developments. J Intern Med. 2019;285(4):381-94.

Ekonomiska konsekvenser

- 2010 uppskattades kostnaden för osteoporos i EU uppgå till 370 miljarder kronor, 66 % direkta kostnader för vård av de aktuella frakturerna, 29 % långtidskostnader för tidigare frakturer och endast 5 % var kostnader för osteoporosläkemedel. I Sverige uppskattades 2010 den totala årliga kostnaden för frakturer bland äldre (majoriteten fragilitetsfrakturer) till 12,5 miljarder kronor (direkta vårdkostnader, kostnader för kommunal omsorg, långtidskostnader för frakturer som skett före 2010). Hälften av den totala vårdkostnaden upptas av höftfrakturer där den direkta kostnaden i samband med en fraktur i Sverige är minst 200 000 kr.
- Om man följer Socialstyrelsens riktlinjer beräknas man i slutenvården kunna undvika 3200 frakturer/år, varav 1900 höftfrakturer. Socialstyrelsen räknar med att kostnaderna för behandlingarna kommer att öka med ca 70 miljoner kronor per år medan minskningen av antalet frakturer på sikt förväntas ge en kostnadsminskning på ca 270 miljoner kronor per år. För varje investerad krona får man alltså > 3 kronor tillbaka.
- Kostnaden för en DXA-mätning inom VGR är 1858 kr per undersökning (enligt chefen för Osteoporosmottagningen i Alingsås).
- Parenterala läkemedel ska ges på rekvisition i primärvården. Enstaka vårdcentraler skriver recept och lägger kostnaden för t.ex. denosumab på patienten, vilket är fel.
 - Aclasta™ 5 mg intravenös infusion är upphandlad och A-vara med pris 265 kr/st. Ges 1 gång per år.
 - Prolia™ (denosumab) subkutan injektion är upphandlad och A-vara med pris 2020,15 kr/st. Ges 2 gånger per år. (Kostnaden för denosumab väntas gå ned kraftigt till hösten 2025 då billigare biosimilarer blir tillgängliga)
 - Peroral bisfosfonat Tridepos™ kostar 192,51 kr/3 månader på recept på apotek, alltså 770,04 kr per år.
 - Teriparatid (skelettanabol behandling) kostar ca 28 000 kr för 18 månaders behandling. Ges som daglig subkutan injektion.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp VGR. Osteoporos – sekundärprofylax efter fraktur

Detta var en process som drivande personer inom osteoporosvården i VGR initierade 2020-2021 för att förbättra osteoporosvården i regionen. Den utgår ifrån SKR:s rekommenderade vårdförlopp "*Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Osteoporos – sekundärprofylax efter fraktur*". Kungälv's sjukhus ingick aldrig i det regionala processteamet.

Exempel på slutsatser som övriga sjukhus drog:

- Rutiner saknas i mycket stor utsträckning i VGR för att identifiera patienterna. Verktyg finns, som t.ex. Svenska frakturregistret och VEGA-databasen.
- Att osteoporosfrakturpatienter inte utreds beror till stor del på att det inte finns frakturkedjekoordinatorer (som identifierar frakturpatienter). Det saknas också personal för att utföra DXA-mätningar samt läkare för att tolka DXA, utreda och behandla osteoporos.
- Betydande oförmåga hos vården att informera frakturpatienter om att deras fraktur kan bero på osteoporos som bör utredas (Systematisk information ges ej på akutmottagningar eller inom ortopedisk vård. Gäller även fallriskbedömning och råd kring fallprevention, enbart 0-1 % av patienterna har fått den åtgärds-koden).

Förslag på de mest prioriterade åtgärderna:

- Tjänster för frakturkedjekoordinatorer inrättas och tillsätts VID ALLA SJUKHUS SOM HANDLÄGGER FRAKTURPATIENTER.
- Rutiner för att identifiera patienter med osteoporosfrakturer implementeras i rutinsjukvård vid SAMTLIGA REGIONENS SJUKHUS SOM HANDLÄGGER FRAKTURPATIENTER.
- Identifiering av kotfrakturpatienter är mest angeläget. Speciella rutiner, t.ex. specialgjord programvara i Melior eller AI-program som kan hitta kotfrakturer på röntgenbilder kommer behövas för denna patientgrupp.
- Fler måste utredas, även snabbare. Kapaciteten (fler tjänster för DXA-operatörer för att utföra och fler läkare för att tolka DXA-mätningarna behöver inrättas) måste kraftigt ökas för att möjliggöra fler undersökningar och korta väntetiderna till bentäthetsmätning (då ca 1 år). Kompetensen och förmågan måste öka också vad gäller bedömning av frakturrisik (inkl FRAX) och fallrisk.
- Fler patienter med osteoporosfraktur måste erbjudas sekundärprevention. Viktigast är ökad användning av osteoporosläkemedel. För detta krävs ökad kompetens hos behandlande läkare i VGR och incitament för ökad behandling på rätt indikation. För detta krävs finansiella styrmedel, t.ex. regioncentral ersättning av läkemedlen. Därutöver behöver kompetensen och kapaciteten öka vad gäller erbjudandet av andra preventiva åtgärder såsom fallprevention (fysioterapeuter) och ändring av levnadsvanor.
- För att uppnå detta behövs på kort sikt resurser tillföras, men på lång sikt beräknas åtgärderna vara kostnadsbesparande då färre patienter återfrakturerar och därmed behöver mindre vård. Dessutom väntas förbättrad hälsa och livskvalitet i patientgruppen.

Vad är resultatet hittills?

- Vad gäller Osteoporosmottagningen Mölndal har en frakturkoordinator tillsatts med följande uppdrag:
 - Uppagningsområde: Frakturer registrerade i frakturregistret från Akuten Mölndal, Akuten Sahlgrenska, Akuten Östra. Uppskattningsvis registreras 80 % av alla frakturerna i frakturregistret.
 - Tar månatligen ut listor ur frakturregistret, sorterar på > 50 år, lågenergivåld (ej trafikolycka, ej höga fall), ej frakturer distalt om handled/fotled och ej skalle. Exkluderar boende på SÄBO (Begr. nytta och patienten har ofta svårt ta sig dit. Vårdcentralen får ändå information om att fraktur skett. De flesta läggs in och får behandling/plan inläggande) och aktiva missbrukare (uteblir, dålig medicincompliance).
 - Relevanta patienter kallas till bentäthetsmätning. Information finns på akutmottagningarna och patienten får även information från fysioterapeut på akuten. 90 % av alla som kallas kommer till DXA.
 - 2024 var väntetiden till DXA 1–2 månader. Osteoporosmottagningen Mölndal har 4 DXA-mätare och med sina 6 sjuksköterskor, med sinsemellan varierande anställningsgrad, har de kapacitet att göra 4 DXA-mätningar varje halvtimme. Sjuksköterskorna sköter DXA-mätningarna, har sköterskemottagning och ansvarar även för andra uppdrag såsom administrering av skelettanabola läkemedel. Därutöver finns 3 anställda sjuksköterskor som till största delen tjänstgör inom forskningsenheten.
- Vid första utvärderingen (Göteborg och Skaraborg) kan konstateras att:
 - Antalet patienter som erhållit osteoporosläkemedel hade fördubblats.
 - Risken för återfraktur hade minskat med 18 % under perioden med etablerad frakturkedja⁴.
- Sedan implementeringen av frakturkedja med frakturkoordinator har frakturkedjorna utvecklats ytterligare och blivit mer heltäckande. T.ex. behandlas inläggande frakturpatienter i akutskedet ofta med denosumab före hemgång för att inte riskera förlängd vårdtid pga. biverkningar av zoledronsyra. Alla får en individuell bedömning och utredning med DXA vid behov.

⁴ Axelsson KF, Johansson H, Lundh D, Möller M, Lorentzon M. Association Between Recurrent Fracture Risk and Implementation of Fracture Liaison Services in Four Swedish Hospitals: A Cohort Study. *J Bone Miner Res.* 2020;35(7):1216-23.

Frakturläget i Alingsås vs Kungälv samt aktuell situation på Osteoporosmottagningen i Alingsås

Antal slutna lågenergifrakturer hos patienter > 50 år som registrerats i frakturregistret.

	<u>Alingsås</u>	<u>Kungälv</u>
2018	480	917
2019	320	691
2020	490	705
2021	470	831
2022	490	632
<u>2023</u>	<u>340⁵</u>	<u>299⁶</u>
Totalt	2590	4075

Idag arbetar två sjuksköterskor på Osteoporosmottagningen i Alingsås (nedan benämnda sjuksköterska 1 och 2). Sjuksköterska 1 arbetar 40 % av sin tjänst på Osteoporosmottagningen, resterande tid på Hjärtmottagningen. Sjuksköterska 2 arbetar också 40 % på Osteoporosmottagningen. Tillsammans utgör de en sjukskötersketjänst på 80 % på Osteoporosmottagningen. Mottagningsbesök hos sköterska (45 min) innefattar inte bara en DXA-mätning som det gör på många ställen i Sverige, utan sköterskan utför även det som läkaren gör på t.ex. Osteoporosmottagningen Mölndal, dvs. samtal med patient om sjukdom, utredning, behandling mm. Sköterskans arbetsuppgifter inbegriper även att ge osteoporosläkemedel till utvalda patienter. En läkare, specialist i Geriatrik, har en tjänst på 20 % (en heldag i veckan) vid Osteoporosmottagningen och ansvarar för att tolka bentäthetsmätningarna, granskar inkommande remisser och ger behandlingsrekommendationer.

- Sjuksköterska 1:s arbetsuppgifter: Har mottagning 2 heldagar i veckan. Agerar också frakturkoordinator (letar efter patienter i frakturregistret)
- Sjuksköterska 2:s arbetsuppgifter: Har mottagning 2 heldagar i veckan.

Inflödet av patienter

- Största andelen patienter kommer på externa remisser från primärvården, men även från annan specialistvård (både interna remisser inom Sjukhusen i väster men också externa från SÄS, SU och SkaS). Uppdraget sträcker sig längre än enbart frakturerna och därför kommer patienter även med anledning av långa kortisonbehandlingar, cancerbehandlingar, olika hormonsjukdomar, transplantationspatienter samt för utredning pga. hereditet.

⁵ Sannolikt falskt låg siffra, fel med frakturregistreringen? släpande värden? Uppgifter sökta i frakturregistret i juni 2024.

⁶ Sannolikt falskt låg siffra, fel med frakturregistreringen? släpande värden? Uppgifter sökta i frakturregistret i juni 2024.

- Frakturkoordinatorn går varje månad igenom frakturregistret för de tre senaste månaderna och letar efter aktuella patienter att kalla.
- Enstaka patienter sköts helt via Osteoporosmottagningen och kommer på regelbundna bentäthetsmätningar samt får osteoporosläkemedel.
- Mottagningen arbetar för att få till ett samarbete med röntgen och möjligen en AI-funktion för att kunna detektera kotfrakturer.

Det finns en DXA-maskin i Alingsås och den används 4 av 5 dagar per vecka. Det sker under mottagningstid kl. 08-16 måndag, tisdag och torsdag. Fredagar 08-15. Det finns 28 tider/vecka för DXA-mätningar, dvs. i snitt 7 per dag. Ca 800 mätningar per år genomförs, vilket illustreras nedan.

Statistik över antalet genomförda bentäthetsmätningar på Osteoporosmottagningen i Alingsås

	<u>2025 (t.o.m. maj)</u>	<u>2024</u>	<u>2023</u>	<u>2022</u>
Interna remisser	42	177	225	197
Externa remisser (Majoriteten från primärvården. Oklart hur många av dessa som är frakturpatienter.)	268	577	443	395
Via frakturregistret (frakturkoordinator kallar)	48	104	127	158
Totalt antal bentäthetsmätningar	358	858	795	750
<i>Avbokade/ Uteblev</i>	56	133	80	92

Sammanfattning och förslag till handlingsplan för att utveckla den befintliga Osteoporosmottagningen i Alingsås till att tydligare bli Osteoporosmottagningen för Sjukhusen i väster

Med kunskap om hur frakturkedjan fungerar inom SU är det uppenbart att frakturpatienter på Kungälv's sjukhus inte tas om hand på det sätt som rekommenderas utifrån gällande riktlinjer. Tydligt är att Sjukhusen i väster som helhet (fungerar bara på Alingsås lasarett och dess upptagningsområde) i nuläget saknar koordinering och struktur för uppföljande bentäthetsmätning och osteoporosbehandling, framförallt gällande patienter med fraktur som söker ortopedakuten på Kungälv's sjukhus och som sen hänvisas åter till hemmet.

Efter möte med bl.a. berörda verksamhetschefer, företrädare för Osteoporosmottagningen i Alingsås och sjukhusdirektören lyder förslaget att vi inom Sjukhusen i väster behöver sköta frakturkedjan inom den egna förvaltningen och inte förlita oss på Osteoporosmottagningen Mölndal. Därmed behöver resurser tillföras för att bygga ut den befintliga Osteoporosmottagningen i Alingsås.

Förslag till struktur för utbyggd Osteoporosmottagning inom Sjukhusen i väster:

- Utgå från befintlig Osteoporosmottagning i Alingsås trots 50 % fler frakturer i Kungälv.
- Fortsatt VO Medicin som huvudansvarig. Stöd från Ortopeden och Geriatriken.
- En verksamhetsutvecklare behövs för att hålla samman arbetet.
- Frakturkoordinator finns redan på Osteoporosmottagningen i Alingsås, utökat uppdrag?
- Såsom konstateras i förslaget till ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för Osteoporos i VGR, kommer speciella rutiner, t.ex. specialgjord programvara i Melior (textsökning i röntgensvar för att identifiera kotfraktur) eller AI-program som kan hitta kotfrakturer på röntgenbilder behövas för denna patientgrupp (på SU och SkaS används AI-verktyget FLAMINGO som tittar på skiktröntgenbilder med 90 % sensitivitet och specificitet för fraktur, i paritet med radiologer). Patienter med kotfrakturer har högst risk för nya frakturer och det finns därmed mest att vinna genom att rikta in sig mot denna patientgrupp och inkludera dem i frakturkedjan.
- Sannolikt behövs minst en heltidsläkartjänst och 2-3 heltidssjukskötersketjänster.
- Införskaffa minst en DXA-mätare till (uppskattad kostnad 1-2 miljoner kr), i Alingsås eller i Kungälv? Givet det omfattande geografiska

upptagningsområdet kommer sannolikt compliance till mätning och uppföljning vara bättre om en DXA-mätare och sköterska även finns på plats i Kungälv. Givet ett likadant upplägg för verksamheten i Kungälv som den befintliga i Alingsås, bör 2 eller 3 heltidssjukskötersketjänster kunna producera åtminstone 14 respektive 21 DXA-mätningar per dag i snitt.

- Den befintliga osteoporosverksamheten är större än enbart frakturerna. Verksamheten för Kungälvspatienterna måste börja någonstans, men ska patientflödet begränsas till enbart frakturpatienter initialt?
- Vad gäller de relativt få remisser som i nuläget kommer till Osteoporosmottagningen i Alingsås från ortopederna i Kungälv, önskar samtliga ortopeder att svaret på bentäthetsmätningen ska gå till patientens primärvårdskontakt. Det är rimligt att anta att remissmängden (externa remisser) från primärvården kring Kungälvs sjukhus till Osteoporosmottagningen i Alingsås kommer öka om en satsning på en mer sammanhållen frakturkedja inom Sjukhusen i väster görs. I statistiken ovan ses framförallt en möjlig trend att antalet externa remisser tenderar öka under de senaste åren. I nuläget remitterar vårdcentralerna kring Kungälvs sjukhus övervägande patienterna till Osteoporosmottagningen Mölndal, troligen främst av geografiska skäl. Likaså finns det högst troligt patienter som sköts av specialistmottagningar på Kungälvs sjukhus som kan vara i behov av bentäthetsmätning.